

## Contato pele a pele em um centro de referência do Método Canguru: estudo descritivo

*Skin-to-skin contact in a reference center for the kangaroo method: descriptive study*

*Contacto piel con piel en un centro de referencia del método Madre Canguro: estudio descriptivo*

Bruna Schiphorst Delgado<sup>1</sup>, Roberta Costa<sup>1</sup>, Janaina Medeiros de Souza<sup>1</sup>, Juliana Coelho Pina<sup>1</sup>,  
Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo<sup>1</sup>, Débora Evelin Felix Quirino de Almeida<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Brasil; <sup>2</sup>Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, Brasil

### RESUMO

**Objetivo:** descrever como ocorre a prática do contato pele a pele em uma unidade neonatal referência para o Método Canguru. **Método:** estudo descritivo, transversal, realizado em unidade intensiva neonatal do sul do Brasil. Dados analisados por meio de estatística descritiva simples. Protocolo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** analisados dados de 29 recém-nascidos pré-termo, com peso menor de 1.800 gramas. O primeiro contato pele a pele foi realizado, em média, com 6,38 dias. A frequência de contato pele a pele foi de 1,6 vezes ao dia, sendo o tempo mínimo de 56 minutos e o ganho ponderal médio de 26,98 gramas por dia. **Conclusão:** a realização do contato pele a pele acontece, em sua maioria, após o quinto dia de vida, na primeira etapa do Método. A frequência de realização deste contato foi de uma vez por dia e o tempo de duração médio foi de 120 minutos. Na segunda etapa do Método, os dados pouco variaram. **Descritores:** Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Enfermagem Neonatal; Recém-Nascido Prematuro; Método Canguru.

### ABSTRACT

**Objective:** to describe how skin-to-skin contact is practiced in a neonatal unit that is a reference for the Kangaroo Mother Care. **Method:** descriptive, cross-sectional study, carried out in a neonatal intensive unit in southern Brazil. Data analyzed using simple descriptive statistics. Protocol approved by the Research Ethics Committee. **Results:** data from 29 preterm newborns weighing less than 1,800 grams were analyzed. The first skin-to-skin contact took place, on average, after 6.38 days. The frequency of skin-to-skin contact was 1.6 times a day, with a minimum time of 56 minutes and an average weight gain of 26.98g per day. **Conclusion:** skin-to-skin contact occurs, for the most part, after the fifth day of life, in the first stage of the Method. The frequency of this contact was once a day, and the average duration was 120 minutes. In the second stage of the Method, the data varied little. **Descriptors:** Intensive Care Units, Neonatal; Neonatal Nursing; Infant, Premature; Kangaroo-Mother Care Method.

### RESUMEN

**Objetivo:** describir cómo se practica el contacto piel con piel en una unidad neonatal que es referencia del Método Madre Canguro. **Método:** Estudio descriptivo, transversal, realizado en una unidad intensiva neonatal del sur de Brasil. Datos analizados mediante estadística descriptiva simple. Protocolo aprobado por el Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** se analizaron los datos de 29 recién nacidos prematuros, cuyo peso era inferior a 1.800 gramos. El primer contacto piel con piel se produjo, en promedio, después de 6,38 días. La frecuencia de contacto piel con piel fue de 1,6 veces al día, durante un tiempo mínimo de 56 minutos y un aumento medio de peso de 26,98 g por día. **Conclusión:** el contacto piel con piel ocurre, en su mayor parte, después del quinto día de vida, en la primera etapa del Método. La frecuencia de este contacto fue una vez al día y la duración, en promedio, fue de 120 minutos. En la segunda etapa del Método los datos variaron poco. **Descriptorios:** Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal; Enfermería Neonatal; Recién Nacido Prematuro; Método Madre-Canguro.

## INTRODUÇÃO

A prematuridade é considerada atualmente um problema de saúde pública devido às altas taxas de nascimento prematuro no mundo. Mundialmente, cerca de 30 milhões de recém-nascidos (RN) nascem prematuros ou com baixo peso ou adoecem logo nos primeiros dias de vida<sup>1</sup>. No Brasil, a taxa de RN pré-termo (RNPT) é quase o dobro da verificada em países europeus, estando o Brasil entre a décima posição de países com maiores índices de prematuridade; e, ainda, segundo a OMS são cerca de 280 mil partos prematuros por ano<sup>2</sup>.

Considera-se RNPT aquele que nasce antes da 37ª semana de gestação, podendo ainda ser classificado em pré-termo extremo (menor que 28 semanas), muito pré-termo (28 a 32 semanas) e pré-termo moderado (32 a 37 semanas). Globalmente, a prematuridade é a principal causa de mortes em crianças menores de cinco anos, e em todos os países esse índice vem aumentando<sup>3</sup>.

Estudo realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Brasil (CNPq).

Autora correspondente: Bruna Schiphorst Delgado. E-mail: [bsddelgado@hotmail.com](mailto:bsddelgado@hotmail.com)

Editora Científica: Cristiane Helena Gallasch; Editor Associado: Felipe Kaezer dos Santos

O avanço na tecnologia relacionado aos cuidados neonatais vem possibilitando a sobrevivência de RN com idade gestacional cada vez menor. A OMS também traz que três quartos dos RNPT podem ser salvos com cuidados viáveis e de baixo custo, melhorando o acompanhamento no pré e pós-natal, uso de antibióticos para evitar infecções nos RN e o Método Canguru (MC)<sup>3</sup>.

O MC, internacionalmente, consiste no contato pele a pele (CPP) entre mãe e RN, sendo também denominado de posição canguru, onde o RN fica apenas de fralda, na posição vertical junto ao peito da mãe. Na visão brasileira, o MC significa uma mudança de paradigma na atenção ao RN, fazendo com que a atenção humanizada e os avanços tecnológicos se complementem<sup>4</sup>.

Inspirado no Método criado na Colômbia em 1979, o Brasil adota esta prática em 1991 no Hospital Guilherme Álvaro em Santos/SP, nas enfermarias do Alojamento Conjunto, sendo que posteriormente alguns hospitais brasileiros começaram a praticar a posição canguru, porém sem muitos critérios técnicos definidos. Em 2000 foi publicada a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, como política pública, sendo atualizada em 2007<sup>4</sup>.

O MC no Brasil é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado, reunindo diversas estratégias de intervenção biopsicossocial<sup>5</sup>. É dividido em três etapas. A primeira inicia-se já no pré-natal de alto risco, se estendendo até a internação do RN na unidade. Neste primeiro momento, deve-se acolher os pais e a família na Unidade Neonatal esclarecendo as condições de saúde do RN, informar suas peculiaridades, sobre os cuidados realizados, a rotina da unidade e reforçar que o acesso dos pais é livre, não contendo restrição de horário e que são importantes moduladores para o bem-estar do RN<sup>4,5</sup>.

Nesta etapa preconiza-se o contato precoce, por isso, sempre que possível, deve-se propiciar o contato com o RN e estimular a participação não só da mãe, mas também do pai em todas as atividades desenvolvidas na unidade. Deve-se também assegurar a permanência da puérpera durante a primeira etapa, fornecendo auxílio transporte, alimentação, assento adequado ao lado do RN e atividades complementares que auxiliem na ambientação<sup>5</sup>.

Para o melhor desenvolvimento do RN deve-se diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos da unidade neonatal, tais como odores, luzes e ruídos, adequar o cuidar de acordo com as necessidades individuais expressadas pelo RN, garantir medidas de proteção contra estresse e dor, utilizar o posicionamento adequado, propiciando maior conforto, organização e melhor padrão de sono<sup>5,6</sup>.

Na segunda etapa, o RN fica a maior parte do tempo com a mãe e preferencialmente na posição canguru. Existem alguns critérios a serem seguidos para que seja realizada a transferência para esta etapa, como a estabilidade clínica do RN, a nutrição por via enteral (peito, sonda ou copinho), o peso mínimo de 1.250g, o desejo e a disponibilidade da mãe de participar, se ela está apta a reconhecer os sinais de estresse e de risco para o RN, se está segura quanto ao manuseio e cuidados com o seu filho e a habilidade para realizar a posição canguru<sup>5</sup>.

A transição para a terceira etapa ocorre quando a mãe está segura e psicologicamente motivada e quando os familiares estão conscientes quanto aos cuidados domiciliares do RN, além de se comprometerem a realizar a posição pelo maior tempo possível. Quanto ao RN, ele deve ter um peso mínimo de 1.600g e ter um ganho de peso adequado nos três dias que antecederem a alta. Esta etapa se caracteriza pelo acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou no domicílio até atingir o peso de 2.500g, dando continuidade à abordagem biopsicossocial. A primeira consulta deve ser realizada após 48 horas da alta da segunda etapa, sendo recomendado três consultas na primeira semana, duas na segunda semana e uma consulta semanal a partir da terceira semana até que o RN atinja 2.500g<sup>5</sup>.

Apesar desta política governamental está disseminada a mais de vinte anos no Brasil, pouco sabemos sobre a experiência das diversas unidades que adotam os pressupostos deste modelo de cuidado. Temos estudos qualitativos que apontam os benefícios tanto para as mães quanto para os RN<sup>7,8</sup>, mas ainda são escassas as pesquisas quantitativas que descrevem como esta prática vem sendo realizada nas unidades neonatais<sup>9,10</sup>.

Assim, questionou-se: Por quanto tempo os RN são submetidos ao contato pele a pele? Qual a frequência deste contato? Com quantos dias de vida os RN são colocados em contato com suas mães pela primeira vez? Qual o peso e idade gestacional mínimos para realização desta prática? Há diferença de variáveis na primeira e segunda etapas do Método?

Esse estudo que teve como objetivo descrever como ocorre a prática do contato pele a pele em uma unidade neonatal, referência para o Método Canguru no Brasil.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo observacional, transversal, com abordagem quantitativa, realizado em um hospital que é centro de referência nacional para o MC, localizado no sul do Brasil. Este hospital possui 12 leitos ativos em sua unidade neonatal, sendo seis de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e os outros seis variam de acordo com a demanda da unidade, podendo ser leitos de Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) ou Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). Um fator que interfere para a transferência do RN para a UCINCa é a quantidade de profissionais disponíveis, sendo que o hospital está passando por novas contratações.

Esse estudo integra o projeto multicêntrico em andamento intitulado “Efeito do tempo de exposição ao contato pele a pele sobre desfechos clínicos em recém-nascidos de baixo peso”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, seguindo os preceitos éticos, conforme a resolução nº466/2012, do Conselho Nacional de Saúde<sup>11</sup>.

O período de coleta foi de outubro de 2018 a setembro de 2019. Os critérios de inclusão para observação foram: todos os RN com peso igual ou inferior a 1.800g admitidos na unidade neonatal. Foram excluídos os RNPT que: receberam alta ou evoluíram para óbito na Unidade Neonatal até sete dias de vida, apresentassem asfixia perinatal, gemelares, fossem diagnosticados com má-formação congênita grave, com infecção congênita sintomática, síndrome genética e doença metabólica grave. Também foram excluídos RN de mães que apresentassem doença grave e/ou com necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva por mais de cinco dias, ou que evoluíram para óbito, ou que apresentassem doenças psiquiátricas, ou que fossem toxicodependentes ou apresentassem qualquer outra condição que as impossibilitasse à prática do contato pele a pele com seu filho e que houvesse contraindicação para a amamentação.

Os dados foram coletados por uma equipe formada por professora orientadora, mestrandas, bolsistas de extensão e de iniciação científica. Foi realizado treinamento com todos para auxiliarem na captação dos RN elegíveis para a pesquisa, bem como abordar, convidar e orientar os pais presentes na unidade a participarem, solicitar assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), realizar os registros necessários e posteriormente preencher o banco de dados.

A equipe da unidade estava ciente da realização da pesquisa e as enfermeiras comunicavam quando um novo RN que se encaixasse nos critérios de inclusão fosse internado.

Os dados foram registrados em um “Sumário de internação”, o qual continha os dados maternos, de nascimento, dados de acompanhamento do RN desde a sua internação até o momento da alta hospitalar. Também foi utilizada uma tabela, de conhecimento da equipe da unidade, na qual as mães preenchiam os horários e o tempo de CPP realizado.

As variáveis estudadas foram: a) variáveis maternas - idade, situação conjugal, classe econômica, número de filhos (incluindo o atual); b) variáveis dos RNPT quanto ao nascimento e internação – sexo, idade gestacional, peso de nascimento, via de nascimento, escore de Apgar no primeiro e quinto minuto, tempo de internação, se realizou o protocolo de neuroproteção (manuseios mínimos), uso de ventilação mecânica invasiva, CPAP e cateter nasal de oxigênio, diagnóstico/indicação da internação; c) relacionados às duas etapas do MC – dias de vida, idade gestacional e peso no primeiro CPP, frequência e tempo médio de duração do CPP, ganho ponderal de peso, peso e dieta no momento da alta, sendo entre as etapas e a alta hospitalar.

Os dados foram digitados em planilha do Microsoft Office Excel®, conferidos por dois pesquisadores e analisados por meio de estatística descritiva simples, com o uso de frequência absoluta (n) e relativa (%), média, mediana, valores mínimos e máximos. Cabe mencionar que as variáveis foram coletadas inicialmente como contínuas, mas algumas também foram analisadas de forma categorizada.

## RESULTADOS

Durante um ano de coleta de dados, foram admitidos na referida unidade, 42 RN aptos a terem dados incluídos no estudo, porém somente 29 foram captados, uma vez que sete foram a óbito, dois foram transferidos para outro hospital, um ficou menos de sete dias internado na Unidade Neonatal, um foi encaminhado para adoção, uma mãe não aceitou participar da pesquisa e uma mãe desistiu de participar da pesquisa após ter assinado o TCLE.

Com relação às mães, a maioria tinha entre 20 e 34 anos, integrando, predominantemente, as classes sociais B2 e C1. Com relação a situação conjugal, dez eram casadas, 17 se encontram em união estável e duas não tinham companheiro no momento da pesquisa. Para 17 mães este era o primeiro filho e havia uma delas que o RN acompanhado era o sexto filho.

Na Tabela 1 são apresentadas as características relacionadas ao nascimento segundo sexo, idade gestacional, peso, via de nascimento, escore de Apgar, tempo total de internação, realização do protocolo de neuroproteção, uso de ventilação mecânica, CPAP ou cateter nasal de oxigênio.

**Tabela 1:** Caracterização dos recém-nascidos pré-termo submetidos ao CPP, relativa às variáveis de nascimento e internação, Florianópolis, SC, 2019.

Variável	n	f(%)	Média	Mediana (Mín-Máx)
<b>Sexo</b>				
Masculino	16	55,17		
Feminino	13	44,83		
<b>Idade Gestacional</b>				
≤ 30 semanas	13	44,83	31s	31s3d (26s2d - 36s3d)
31-35 semanas	15	51,72		
≥ 35 semanas	1	3,45		
<b>Peso de nascimento (em gramas)</b>				
≤ 1000 g	4	13,79	1371g	1425g (830 - 1790)
1001g a 1500g	16	55,17		
1501g a 1800g	9	31,03		
<b>Via de nascimento</b>				
Parto vaginal	10	34,48		
Cesariana	19	65,52		
<b>Apgar 1' (n = 27)*</b>				
0 – 3	2	7,41		6 (3 - 9)
4 – 6	13	48,15		
7 – 10	12	44,44		
<b>Apgar 5' (n=27)*</b>				
0 – 3	-	-		8 (5 - 9)
4 – 6	1	3,70		
7 – 10	26	96,30		
<b>Tempo de internação (dias)</b>				
1 – 30	13	44,83	40,9	33 (13 – 105)
31 – 60	12	41,38		
61 – 90	2	6,90		
>91	2	6,90		
<b>Neuroproteção</b>				
Sim	26	89,66		
Não	3	10,34		
<b>Uso de ventilação mecânica invasiva</b>				
Sim	11	37,93		
Não	18	62,06		
<b>Uso de CPAP</b>				
Sim	17	58,62		
Não	12	41,37		
<b>Uso de CNO2</b>				
Sim	22	75,86		
Não	7	24,13		

**Legenda:** IG (idade gestacional): s (semanas); d (dias); peso por idade (PIG: Pequeno para a Idade Gestacional, AIG: Adequado para a Idade Gestacional, GIG: grande para a idade gestacional). \*dois RN nasceram em ambiente extra hospitalar e não tiveram o registro do escore de Apgar.

Em relação ao diagnóstico/indicação da internação na unidade neonatal, a maioria foi a prematuridade e o baixo peso ao nascer, como também o desconforto respiratório. Raras foram outras intercorrências do RN na internação: displasia broncopulmonar (n=2), pneumotórax bilateral (n=1), infecção perinatal, isoimunização RH e taquicardia supraventricular.

A Tabela 2 traz os dados relacionados às variáveis analisadas durante a internação dos RNPT na primeira etapa, e as informações referentes à alta para a segunda etapa do MC.

**Tabela 2:** Dados de internação do RN relacionados à primeira etapa do MC. Florianópolis, SC, Brasil, 2019.

Variável	n	f(%)	Média	Mediana (Mín-Máx)
<b>Dias de vida no 1º CPP</b>			6,38	4 (1 – 27)
1 ao 3º dia	9	31,03		
4ª dia	7	24,14		
5º dia ou mais	13	44,83		
<b>IG no 1º CPP</b>			31s 5d	29s 6d (28s 2d – 35s2d)
Até 30s	10	34,48		
31s - 33s	17	58,62		
≥34s	2	6,90		
<b>Peso no 1º CPP</b>			1338	1330 (790 - 1920)
< 1000g	2	6,90		
>1000g a 1500g	20	76,69		
>1500g	7	24,14		
<b>Frequência do CPP</b>			1,53	1,43 (1 – 2,5)
1x/dia	16	55,17		
2x/dia	11	37,93		
3x ou mais/dia	2	6,90		
<b>Tempo médio de CPP (em minutos)</b>			121,91	112,50 (66,59 – 215,50)
< 60 min	-	-		
> 60 e < 90 min	4	13,79		
> 90 e < 150 min	19	65,52		
> 150 min	6	20,69		
<b>Ganho ponderal (em gramas)</b>			24,09	23,38 (-15 – 41)
Até 15g/dia	7	24,14		
>15g a <25g/dia	9	31,03		
>25g/dia	13	44,83		
<b>Peso de alta na 1ª etapa n=26</b>			1806,85	1705 (1270 – 2716)
1.200g – 1.500g	5	19,23		
1.501g – 2.000g	14	53,85		
>2.000g	7	26,92		
<b>Dieta na alta 1ª etapa n=26</b>				
SM livre	1	3,85		
SM para estímulo + complemento via sonda	10	38,46		
SM + complemento via oral	6	23,08		
Via oral + via sonda	1	3,85		
Via sonda	8	30,77		

O peso de alta da primeira etapa incluiu apenas os RN que participaram da segunda etapa e foram transferidos para a UCINCa.

Na tabela 3. os dados são referentes ao período de internação dos RN na segunda etapa, quando são transferidos para a UCINCa. Neste estudo, três RN permaneceram na UCINCo após alta da UTIN.

**Tabela 3:** Dados de internação do RN relacionados à segunda etapa do MC. Florianópolis, SC, Brasil, 2019.

Variável	n	f(%)	Média	Mediana (Mín – Máx)
<b>Frequência do CPP</b>			1,60	1 (1 – 3)
1x/dia	10	38,46		
2x/dia	16	61,54		
<b>Tempo de CPP (em minutos)</b>			145,97	120,42 (56 – 338,24)
> 30 e < 60 min/dia	1	3,85		
> 60 e < 90 min/dia	3	11,54		
> 90 e < 150 min/dia	12	46,15		
> 150 min/dia	10	38,46		
<b>Ganho ponderal (em gramas)</b>			26,98	28,07 (-12 – 46,21)
Até 15g/dia	3	11,54		
>15g a ≤ 25g/dia	6	23,08		
>25g a ≤ 35g/dia	11	42,31		
>35g/dia	6	23,08		
<b>Peso de alta na 2ª etapa</b>			2281,6	2141 (1702 – 3820)
Até 1800g	3	11,54		
1801g a 2000g	5	19,23		
2001g a 2500g	11	42,31		
>2500g	7	26,92		
<b>Dieta na alta 2ª etapa</b>				
AME	13	50,00		
LM + fórmula	8	30,77		
Somente fórmula	5	19,23		

**Legenda:** AME (aleitamento materno exclusivo); LM (leite materno).

## DISCUSSÃO

Com o objetivo de descrever como ocorre a prática do contato pele a pele em uma unidade neonatal, referência para o Método Canguru, foi possível observar que a maioria das mães realizaram o CPP uma vez ao dia por um tempo médio de 120 minutos, sendo que a norma estipulada pelo Ministério da Saúde traz que o tempo mínimo de exposição ao CPP deve ser de uma hora, já que este é o tempo em que o RN leva para se organizar após ser manipulado e não existe tempo máximo para realizar tal prática, devendo permanecer nesta posição o tempo que for confortável para os pais<sup>4</sup>. Estudos trazem que não há nenhuma contraindicação em realizar o CPP com RN intubados sob ventilação mecânica, sendo que o CPP reduz o número de apneias e bradicardia<sup>12,13</sup>.

Com relação ao tempo de exposição ao CPP e seus benefícios, um estudo realizado na Ásia, em 2019, que incentivou as mães a realizarem o CPP por cinco dias consecutivas em uma média de tempo de 60 a 120 minutos, concluiu que o CPP tem inúmeros benefícios para os desfechos neonatais, mas que é importante seu início precoce. Este estudo ainda relata que apesar de o tempo de duração ter sido de apenas uma hora, o CPP impactou no ganho de peso dos RN<sup>13</sup>. Um estudo brasileiro realizado em Rondônia, 2018, teve como resultado um maior ganho de peso dos RN que foram submetidos ao CPP comparados a aqueles que não tiveram esse contato<sup>14</sup>.

Uma questão importante e que interfere diretamente na prática de CPP é a capacitação e segurança da equipe de saúde para estimular a realização desta prática no cotidiano de cuidado das unidades neonatais. Quanto mais os profissionais de saúde estiverem informados sobre os benefícios desta prática, maiores as chances de os RN serem submetidos a esta prática<sup>15</sup>.

Estudos vêm mostrando que o CPP possibilita às mães a se sentirem mais confiantes no cuidado de seu filho e isto acaba incentivando a participação das mesmas nos cuidados<sup>8,16</sup>. Assim, aos poucos, as mães começam a reconhecer os sinais de comunicação do filho relativos ao conforto, estresse, respiração, adquirem conhecimento e habilidade para manejar o recém-nascido em posição canguru e, ao possuir disponibilidade de permanecer em tempo integral no hospital, estão aptas a ser transferidas para a segunda etapa.

A unidade em que foi realizado o estudo utiliza um Protocolo de Manuseio Mínimo, que consiste em manter o RNPT com idade gestacional menor que 32 semanas e/ou peso menor ou igual a 1.500g, em decúbito dorsal nas primeiras 72 horas de vida, sempre alinhando a cabeça com a linha mediana. Este protocolo visa reduzir o risco de apresentar hemorragia intracraniana e compreende a redução da manipulação dos RNPT, possibilitando assim um período mais longo e melhor de sono, alinhamento céfalo-caudal, manutenção da temperatura corporal e melhora do

padrão respiratório<sup>17</sup>. Entendemos que a média de 6,38 dias para realização do primeiro contato pode estar associada a este protocolo.

Uma revisão da literatura publicada em 2019 concluiu que ainda são poucas as evidências científicas relacionadas à prática de manuseios mínimos, trazendo que seu uso é um consenso com a literatura, já que minimizando os manuseios excessivos, minimizamos também a dor e o estresse dos RNPT e, conseqüentemente, reduzindo também os quadros de hemorragia intracraniana<sup>18</sup>. Outro fator que também interfere é a instabilidade dos RN, sendo, em sua maioria, os mais instáveis aqueles com menor peso e menor idade gestacional são os que mais se beneficiariam do CPP<sup>19</sup>.

Com relação ao suporte ventilatório, menos da metade dos RN necessitaram de ventilação mecânica invasiva. No entanto, o uso do CPAP foi necessário para 17 RNPT e, o dispositivo mais utilizado para auxiliar os RN na oxigenação foi o cateter nasal de oxigênio (75,86%). Nos RN deste estudo, o diagnóstico de SDR foi responsável por 68,97% das internações; dados estes confirmados por outros estudos que trazem um índice elevado de RNPT com síndrome do desconforto respiratório<sup>20</sup>. O uso de dispositivos que auxiliam na função respiratória pode interferir no tempo de CPP já que as mães ficam receosas em realizá-lo devido à instabilidade de seus filhos, onde cabe a equipe realizar orientações para essa mãe.

Ao analisarmos os dados da internação, os RNPT tiveram uma média de 40,9 dias de internação. Um estudo realizado em uma UTIN de São Paulo, em 2015, concluiu que longos períodos de internação estão associados ao baixo peso ao nascer e também com a idade gestacional do nascimento: quanto menor a idade gestacional, mais provável que fique mais tempo internado<sup>20</sup>.

No presente estudo a média de peso da alta da primeira etapa dos RN foi de 1806,85g e a maioria da dieta prescrita para os RN era o seio materno para estímulo, sendo complementado com leite via sonda (n= 10; 38,46%). Nesta realidade, o peso mínimo de transferência do RN para segunda etapa, está acima do peso recomendado pelo MS<sup>4</sup>. Sendo assim, faz-se necessário investigar melhor as causas deste fato, já que um dos pilares do MC é proporcionar uma alta precoce do RN.

A segunda etapa do MC é aquela em que as mães ficam “internadas” com seus filhos na UCINCa. Nesta etapa o RN deve permanecer de maneira contínua em CPP com sua mãe, sendo este contato realizado pelo maior tempo possível<sup>4</sup>. Os resultados desta pesquisa não corroboram com as normas do manual do MC, já que a média de tempo de CPP realizado pelas participantes nesta etapa foi de 145,97 minutos. Percebe-se que nesta realidade não houve diferença clínica no tempo de CPP realizado na primeira e na segunda etapas. Como na UCINCa a mãe permanece em tempo integral na unidade e as instalações da unidade proporcionam maior conforto à mãe, o que se espera é que o tempo e frequência da posição canguru possa aumentar nesta etapa.

Outro achado do estudo que não corrobora com as recomendações do MS é o peso de alta da segunda etapa dos RN (média foi de 2281,6g), sendo preconizado pelo manual alta a hospitalar partir de 1.600g<sup>4</sup>.

No que concerne ao aleitamento materno, 50% dos RN participantes da pesquisa foram de alta em AME, confirmando resultados de outros estudos que trazem o aleitamento como um dos benefícios do CPP<sup>14,21</sup>.

### Limitações do estudo

Como limitação deste estudo podemos apontar a pequena amostra, que não nos permitiu fazer associação entre as diferentes variáveis neonatais, para poder compreender melhor os desfechos. Além disso, não foram encontrados estudos associados ao tempo e frequência de exposição desses RN ao CPP nas diferentes etapas do Método que pudessem reforçar ou esclarecer resultados deste estudo. A generalização dos resultados também é limitada devido ao padrão local do estudo.

### CONCLUSÃO

O presente estudo descreveu como ocorre a prática de CPP nos RN com peso menor de 1800g em uma unidade neonatal de um hospital centro de referência para o MC. Com relação ao perfil dos RN, o sexo predominante foi o masculino e o peso médio de nascimento foi de 1362g.

A realização do CPP acontece, em sua maioria, após o quinto dia de vida. Na primeira etapa a frequência de realização deste contato foi de uma vez por dia e o tempo de duração médio foi de 120 minutos. Na segunda etapa, os dados pouco variaram (frequência 1,60/dia e tempo de CPP 145,67 minutos). Considerando os inúmeros benefícios desta prática e a recomendação do Ministério da Saúde brasileiro, esperávamos que esta prática fosse mais estimulada/realizada no cotidiano de cuidado da unidade neonatal. Há que se realizar novos estudos que possam esclarecer e identificar as causas da não realização do CPP.

Neste estudo, outro fator que nos chama a atenção foi a média de peso de alta na primeira (1806,85g) e segunda etapas do MC (2281,6g), muito aquém do recomendado pelo MS e que pode estar interferindo na possibilidade de uma alta mais precoce aos RN e suas famílias. Apesar de entendermos que não é o peso ponderal a única variável que possibilita a alta do RN.

Por fim, gostaríamos de destacar que este estudo reafirma que a prática do CPP pode estar relacionada a maiores taxas de AME na alta hospitalar.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization, Immediate Kangaroo Mother Care (KMC) Study Group. Immediate “Kangaroo Mother Care” and Survival of Infants with Low Birth Weight. *N Engl J Med* 2021 [cited 2020 Jan 29]; 384:2028–38. DOI: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2026486>.
2. Organização Mundial da Saúde. Cerca de 30 milhões de bebês nascem prematuros por ano no mundo. OMS; 2018 [cited 2020 Jan 29]. Available from: <https://nacoesunidas.org/oms-cerca-de-30-milhoes-de-bebes-nascem-prematuros-por-ano-no-mundo/>.
3. World Health Organization. Preterm Birth. WHO; 2018 [cited 2020 Jan 29]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
4. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2019 Apr 22]. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/atencao-humanizada-ao-recem-nascido-de-baixo-peso-metodo-canguru/>.
5. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Método Canguru: diretrizes do cuidado. Brasília. Ministério da Saúde; 2018 [cited 2019 Apr 22]. Available from: [http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/09/metodo\\_canguru\\_diretrizes\\_cuidado2018.pdf](http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/09/metodo_canguru_diretrizes_cuidado2018.pdf).
6. Orsi KCSC, Llaguno NS, Avelar AFM, Tsunemi MH, Pedreira MLG, Sato MH, et al. Effect of reducing sensory and environmental stimuli during hospitalized premature infant sleep. *Rev Esc Enferm USP*. 2015 [cited 2020 Aug 20]; 49(4):550-5. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000400003>.
7. Lopes TRG, Carvalho JBL, Alves TRM, Medeiros AB, Oliveira SS, Miranda FAN. The experience of fathers with the kangaroo mother care method: an integrative review. *Revista Rene*. 2019 [cited 23 Nov 2019]; 20(1):5-10. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192041687>.
8. Heck GMM, Lucca HC, Costa R, Junges CF, Santos SV, Borck M. Compreensão do sentimento materno na vivência no método canguru. *Rev Enferm UFSM*. 2016 [cited 10 Ago 2018]; 10(1):73-83. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769218083>.
9. Farias SR, Dias FSB, Silva JB, Cellere ALLR, Beraldo L, Carmona EV. Kangaroo position in low birth weight preterm newborns: descriptive study. *Rev Eletr Enferm*. 2017 [cited 2019 Nov 20]; 19:a15. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v19.38433>.
10. Goudard MJF, Lamy ZC, Marba STM, Cavalcante MCV, Santos AM, Azevedo VMGO, et al. Skin-to-skin contact and deaths in newborns weighing up to 1800 grams: a cohort study. *J Pediatric*. 2022 [cited 20 Feb 2023]; 98(4):376-382. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.09.001>.
11. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília; 2012 [cited 2019 apr 22]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html).
12. Araújo CL, Rios CTF, Santos MH, Gonçalves APF. Método Mãe Canguru: uma investigação da prática domiciliar. *Ciênc. saúde colet*. 2010 [cited 2020 Jan 29]; 15(1):301-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100035>.
13. Azevedo VMGO, David RB, Xavier CC. Cuidado Mãe Canguru em recém-nascidos pré-termo sob suporte ventilatório: avaliação dos estados comportamentais. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2011 [cited 2020 Jan 29]; 11(2):133-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000200004>.
14. Souza AKCM, Tavares ACM, Carvalho DGL, Araújo VC. Weight gain in newborns submitted to skin-to-skin contact *Rev CEFAC*. 2018 [cited 2020 Jan 20]; 20(1):53-60. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-021620182018317>.
15. Sales IMM, Santos JDM, Rocha SS, Gouveia MTO, Carvalho NAR. Contributions of the nursing team in the second stage of the kangaroo-mother care method: implications for hospital discharge of the newborn. *Esc. Anna Nery*. 2018 [cited 2020 Jan 20]; 22(4). DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0149>.
16. Testoni TT, Aires LCP. The kangaroo method as a tool for maternal empowering. *Rev Famílias, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc*. 2018 [cited 2020 Jan 20]; 6:611-9. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v6i0.2957>.
17. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. Protocolo HU Manuseios mínimos. Florianópolis. 2018 [cited 2020 Jan 20]. Available from: <http://www.hu.ufsc.br/setores/unidade-neonatal/wp-content/uploads/sites/14/2014/10/PROTOCOLO-DE-MANUSEIO-M%C3%8DNIMO-UNIDADE-NEONATAL-1-1-1.pdf>.
18. Monteiro LM, Geremia FR, Maritni C, Makuch DMV. Benefícios do toque mínimo no prematuro extremo: protocolo baseado em evidências. *Rev. Enferm. Atual In Derme*. 2019 [cited 2020 Jan 29]; 89(27):a258. DOI: <https://doi.org/10.31011/raid-2019-v.89-n.27-art.258>.
19. Alves FN, Azevedo VMGO, Moura MRS, Ferreira DMLM, Araújo CGA, Rodrigues CM, et al. Impact of the kangaroo method of breastfeeding of preterm newborn infants in Brazil: an integrative review. *Ciênc. saúde colet*. 2020 [cited 2023 Mar 21]; 25(11):4509-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.29942018>.
20. Oliveira CS, Casagrande GA, Grecco LC, Golin MO. Perfil de recém-nascidos pré-termo internados na unidade de terapia intensiva de hospital de alta complexidade. *Abcs Health Sciences*. 2015 [cited 29 Jan 2020]; 40(1):28-32. DOI: <https://doi.org/10.7322/abcshs.v40i1.700>.



21. Pinheiro MR, Carr AMG. A eficácia do método mãe canguru em comparação aos cuidados convencionais em uma UTI Neonatal. *Braz J Hea Rev.* 2019 [cited 29 Jan 2020]; 2(2):1039-48. Available from: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/1295/1170>.

**Contribuições dos autores:**

Concepção, B.S.D. e R.C.; Metodologia, B.S.D. e R.C.; Análise Formal, B.S.D., R.C. e J.M.S; Investigação, B.S.D., R.C. e J.M.S; Obtenção de recursos, B.S.D., R.C. e J.M.S; Curadoria de Dados, B.S.D., R.C. e J.M.S; Redação – Original Preparação de Rascunhos, B.S.D., R.C. e J.M.S; Redação – Revisão e Edição, B.S.D., R.C., J.M.S., J.C.P., V.M.G.O.A. e D.E.F.Q.A.; Visualização, B.S.D., R.C., J.M.S., J.C.P., V.M.G.O.A. e D.E.F.Q.A.; Supervisão, B.S.D. e R.C.; Administração do Projeto, B.S.D. e R.C.; Aquisição de Financiamento, R.C. Todos os autores realizaram a leitura e concordaram com a versão publicada do manuscrito.